3

Jouon

Kystes de l'ovaire



A LA MÊME LIBRAIRIE

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr le Prince, 31.

KYSTE DE L'OVAIRE

PESANT 20 LIVRES

HEZ UNE ENFANT DE DOUZE ANS ET DEMI

Ouverture du Kyste par la méthode de Récamier

OVARIOTOMIE CONSÉCUTIVE

GUÉRISON PAR SECONDE INTENTION

PAR LE Dr JOÜON,

Professeur à l'École de Médecine de Nantes,
Chirurgien suppléant des Hôpitaux.

Juliette R..., demeurant route de Rennes, 68, âgée de 12 ns 1/2, née d'un père phthisique, a toujours été d'une santé étive. Elle a eu rougeole, scarlatine, diphthérite généralisée, ronchites et fracture du bras gauche. Cependant elle semblait ien portante, lorsqu'il y a dix-huit mois elle fut atteinte de erte d'appétit et de quelques vomissements ; puis elle se plai-nit d'une certaine gêne du ventre et d'accès de fièvre. Cet tat, combattu par les toniques, les préparations de quinine et es frictions variées, ne fit que s'accroître de jour en jour ; abdomen devint volumineux, d'abord vers la fosse iliaque auche, puis le gonflement se généralisa et prit des proportions onsidérables. En même temps, l'appétit et le sommeil dispa-urent ; il se développa une légère jaunisse qui fut, du reste, ssez fugace et le corps s'émacia à un degré extraordinaire.

Le 10 janvier 1869 je vis la malade avec MM. Malherbe et icordeau, et nous constatâmes l'état suivant : grande mai-

greur, pouls à 110, très-petit, oppression marquée et pénible, toux fréquente avec expectoration de crachats blanc verdâtres abondants ; l'auscultation ni la percussion ne dénotent de lésion pulmonaire positive.

Miction normale, urine limpide, sans albumine. Défécation très-rare ; depuis quatre mois l'alimentation est insignifiante et troublée par de fréquents vomissements ; la langue est belle. L'enfant n'est ni menstruée ni pubère.

Il est évident que la cause de tous les accidents réside dans l'abdomen dont le volume excessif paraît d'autant plus surprenant que la malade n'est encore qu'une enfant, et que son corps est réduit à l'état de squelette. On dirait une grossesse gémellaire à son maximum de développement.

Le ventre est surtout énorme au niveau des hypochondres ; les côtes se sont laissé soulever tandis que les parois antérieures très-fermes ont résisté davantage. L'abdomen distendu outre-mesure donne la sensation d'une vessie pleine de liquide ; il y a fluctuation franche accompagnée d'une sorte de tremblottement obscur que la malade prétend ressentir elle-même quand elle se remue.

Par moments, on croirait percevoir quelques bosselures en haut et en avant, mais l'impression est trop vague pour qu'on puisse les affirmer.

Matité complète partout, excepté dans l'hypochondre gauche où le son intestinal est des plus manifestes; c'est là que les intestins se sont réfugiés. La limite supérieure de la matité demeure fixe quelque posture que l'on fasse prendre à l'enfant. Il est impossible d'isoler par la percussion le foie d'avec la tumeur abdominale.

Le cathétérisme donne quelques cuillerées d'urine normale.

Nous jugeons inutile d'examiner par le vagin ou le rectum.

Il était assez difficile de poser un diagnostic absolument

précis dans ce cas, et nous conservions quelque doute sur le point de départ et la nature anatomique de la tumeur.

L'ascite n'était pas en cause, la matité restant fixe dans les différentes attitudes du corps. De plus, par exclusion des intestins, de la rate, des reins et de la vessie dont les fonctions étaient demeurées à peu près intactes et qui ne pouvaient conséquemment être incriminés dans la pathogénie de cette tumeur fluctuante, nous étions conduits à discuter seulement son origne hépatique ou ovarique; mais ici le doute commençait. En effet, si les signes physiques actuels et l'apparition prétendue de la tumeur dans la fosse iliaque gauche au début indiquaient un kyste simple ou compliqué de l'ovaire, en revanche, le très-jeune âge de l'enfant, l'absence de toute marque de puberté, rendaient douteux un tel diagnostic.

D'un autre côté, la jaunisse intercurrente du début, le tremblottement du ventre perçu par la malade, la matité continue depuis le sein droit jusqu'au pubis, rapprochés de certaines observations d'hydatides en apparence développées dans le bas du ventre, mais parties en réalité du foie (1), permettaient de songer à une poche hydatique de cette glande.

Nous restâmes donc hésitants entre un kyste de l'ovaire et une hydatide du foie.

Cependant, l'oppression et l'émaciation rapidement croissantes, le volume excessif de l'abdomen, commandaient une prompte intervention, et nous crûmes tout concilier en ouvrant la tumeur par le caustique de Vienne.

Si nous rencontrions une hydatide, la suppuration de la poche après évacuation des vésicules pouvait amener un succès analogue à ceux que relate M. John Finnsen. S'il s'agissait d'un kyste simple de l'ovaire, il pourrait lui aussi guérir par le même procédé. Enfin, si la tumeur était multiloculaire,

(1) Finnsen, *Arch. gén.*, 1869.

compliquée ou non, nous serions complètement édifiés à cet égard et toujours à même de tenter une opération plus radicale ; du moins, nous ne pensions pas compliquer beaucoup la situation.

Nous procédâmes lentement à la cautérisation pour obtenir des adhérences solides, et du 11 février au 4 mars, je fis quatre applications de pâte de Vienne au-dessous du nombril sur la ligne médiane.

Le 4 mars, la chute successive des escarres et le bourgeonnement périphérique avaient produit une plaie circulaire ayant 5 à 6 centimètres de diamètre et dont le fond devait être très-rapproché du péritoine. L'état général de la malade s'était aggravé ; la fièvre était continue, il y avait beaucoup de toux et d'oppression, et des douleurs très-vives dans plusieurs points du ventre, surtout la fosse iliaque droite. Pensant que les adhérences devaient être suffisantes, je plaçai un peu de pâte de Vienne au fond de la plaie, puis au bout d'un quart d'heure je fendis l'escarre d'un coup de bistouri.

Il s'écoula un verre de sérosité teintée de sang. L'écoulement arrêté, j'explorai avec une sonde la cavité ouverte et je reconnus que j'étais dans un petit kyste parfaitement délimité. Je donnai profondément un second coup de bistouri et il s'écoula à peu près trois litres de sérosité citrine un peu visqueuse tellement chargée d'albumine qu'elle se coagulait en masse par l'action de la chaleur. Bientôt le liquide se tarit et une sonde introduite par la plaie pénétra dans une sorte de canal oblique en arrière et à gauche dont les parois étaient formées par des tumeurs à surface lisse et convexe. C'était évidemment le kyste évacué pressé de tous côtés par d'autres tumeurs.

Le diagnostic était désormais certain : il s'agissait d'un kyste ovarique multiloculaire, peut-être compliqué de fibrômes.

L'enfant fut soulagée par la ponction ; elle retrouva du sommeil et de l'appétit pendant quelques jours ; mais bientôt

l'état général grave reparut, les douleurs abdominales semblèrent s'étendre, la plaie ne rendait qu'une suppuration rare et grumeleuse; tout annonçait le développement prochain d'une septicémie compliquée peut-être de péritonite. Aussi, nous proposâmes l'ovariotomie, seule ressource possible dans un tel cas, quoique bien précaire en raison des conditions générales déplorables où se trouvait l'enfant et des difficultés opératoires qu'avait dû créer la cautérisation de l'abdomen.

Nous avions, en effet, produit des adhérences probablement fortes et larges; de plus, les douleurs ressenties dans tous les points du ventre annonçaient sans doute une péritonite plus ou moins avancée. Enfin, alitée depuis trois mois, privée d'alimentation depuis quatre mois, arrivée à un degré prodigieux de maigreur, l'enfant était d'une faiblesse extrême, et chez une adulte l'ovariotomie aurait été peut-être impraticable; mais la certitude d'une mort très-prochaine en cas d'abstention et une grande confiance dans les ressources du jeune âge pour la réussite des opérations nous décidèrent à passer outre.

L'enfant est placée dans des conditions d'habitation convenables. Le 14 mars, une purgation avec 20 grammes d'huile de ricin donne un vomissement et trois selles.

Le 15 mars, à deux heures de l'après-midi, par un temps très-froid, je procède à l'opération.

Le moral de la malade est excellent, la figure gaie, quoique très-pâle; le pouls marque 120, filiforme comme d'ordinaire. Elle a mangé un œuf et uriné le matin.

Je suis assisté de MM. Malherbe, Ricordeau, M. Mahot et L. Joüon, médecin de la marine, qui administre le chloroforme. Il se produit au commencement quelques efforts de vomissement sans rejet de matières; bientôt l'insensibilité est complète.

L'abdomen est incisé sur la ligne médiane depuis le nombril jusqu'à trois centimètres au-dessus du pubis, couche par cou-

che; l'incision intéresse le milieu de l'espace cautérisé et l'orifice fistuleux. Quatre ligatures sont appliquées sur de très-petites artérioles. Arrivé à une profondeur de 1 centimètre on rencontre un tissu blanc lardacé, évidemment formé par les adhérences du péritoine avec le kyste. En bas de la plaie, le péritoine est presque normal ; mais craignant de trouver la vessie derrière, je continue d'inciser seulement dans les deux tiers supérieurs de la plaie, traversant les stratifications lardacées sans pouvoir distinguer où cesse la paroi abdominale, où commence la paroi kystique. Enfin, j'entre dans une cavité profonde dont les parois sont couvertes de bosselures fermes et nombreuses ; c'est le kyste précédemment évacué, dont la paroi antérieure est intimement soudée à la ligne blanche. Pour détruire ces adhérences, je perfore avec le doigt la membrane kystique à gauche de la ligne médiane, puis une fois dans le péritoine la tumeur est assez facilement décollée d'avec le feuillet pariétal. Les adhérences dépassent la ligne médiane de deux centimètres de chaque côté.

La main glissée sur la face antérieure de la tumeur l'explore en détruisant quelques adhérences molles au niveau de la fosse iliaque droite et remonte jusque dans les hypochondres sans trouver l'extrémité supérieure du kyste.

Plusieurs coups de gros trocart n'évacuent aucun liquide et il est évident que je ne pourrai extraire la tumeur sans la morceler et sans réduire considérablement son volume. J'arrache donc avec la main plusieurs des bosselures incluses dans le kyste, puis j'exerce des tractions pour engager la masse dans la plaie. Pendant cette manœuvre, deux gros kystes placés sur le plan postérieur de la tumeur se rompent, et le liquide coule à flots, au dehors ; la totalité du liquide ainsi évacué est au moins égale à cinq litres.

Malgré la réduction considérable de volume obtenue, je suis forcé d'agrandir en haut la plaie qui mesure pourtant déjà 18

centimètres. Enfin renouvelant mes tentatives d'extraction, je fais basculer hors du ventre toute la partie solide de la tumeur, qui est munie d'un pédicule long et grêle partant du ligament large gauche.

A ce moment, l'enfant, qui avait assez bien respiré jusque-là, devient glacée, la figure se cyanose, la respiration et le pouls s'arrêtent brusquement, ce que j'attribue au choc causé par l'extraction brusque de la tumeur et par le contact de l'air sur toute la surface péritonéale. Pendant quelques instants nous sommes dans une cruelle inquiétude. Heureusement des frictions vives et la flagellation du visage réveillent la respiration ; je puis reprendre l'opération, mais sans chloroforme.

Le sommet de la tumeur est adhérent à l'épiploon dans une petite étendue. Ces adhérences sont rompues avec les doigts, et pour arrêter l'hémorrhagie qui n'a pas dû fournir plus de 50 à 100 grammes de sang, deux ligatures sont placées : l'une en soie dont les bouts sont coupés au ras du nœud sur une artère ; l'autre en fil sur l'extrémité de l'épiploon qui saigne en nappe et que l'on maintient hors du ventre.

Le clamp étreint le pédicule que l'on coupe d'un coup de ciseau.

L'enfant est inclinée sur le côté droit, et tout le liquide s'accumulant dans la fosse iliaque droite, on l'enlève facilement avec des éponges introduites cinq ou six fois. Ce temps de l'opération est singulièrement facilité par l'étroitesse du bassin que remplissent complètement les viscères.

Tout paraissant bien en ordre, on procède au pansement. Les intestins s'étagent régulièrement dans l'abdomen et l'épiploon est étalé au-devant d'eux, sauf pour son extrémité ligaturée qui est fixée dans l'angle supérieur de la plaie. Le clamp, renforcé d'une ligature, est placé dans l'angle inférieur, et je dispose sept épingles (en acier étamé) de haut en bas. Elles traversent toute l'épaisseur des parois abdominales et com-

prennent de chaque côté deux centimètres de peau et un centimètre de péritoine. Un fil double entortillé sur les épingles rapproche les bords cutanés.

Enfin, tout à côté du pédicule, un point de suture est posé avec un fil d'argent, sans intéresser le péritoine.

L'affrontement exact des lèvres présente ici de grandes difficultés ; l'épaisseur considérable des parois abdominales qui mesurent au moins 15 millimètres est un premier obstacle; ensuite le péritoine infiltré, épais de 5 millimètres, renversé dans la plaie pour adosser les surfaces séreuses à elles-mêmes, fait l'office d'un bouchon qui tend à écarter les bords cutanés ; enfin les bourgeons de la plaie cautérisée forment un disque suppurant très-large que l'on est forcé de respecter.

Néanmoins, la peau semble assez rapprochée pour qu'il ne soit pas besoin de mettre des points de suture superficiels et dans tous les cas la bonne réunion du fond de la plaie paraît assurée.

L'enfant commence à se réveiller ; elle sent les dernières piqures d'épingle et fait des efforts de vomissement. On l'essuie vivement, on entoure le ventre d'une ceinture de flanelle en quatre doubles et on la porte dans un lit bassiné.

Toute l'opération a duré une heure. On a consommé 30 à 40 grammes de chloroforme.

La tumeur est formée de trois grands kystes dont les parois sont couvertes intérieurement de masses ovoïdes ou sphériques, de consistance charnue depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf et formées de tissu conjonctif peu vascularisé, assez friable ; quelques-unes infiltrées de sérosité à leur centre, se seraient peut-être transformées en de nouveaux kystes. La tumeur pesait quinze livres dont cinq livres composées de tissu solide.

On donne à l'enfant quelques cuillerées de malaga ; on l'entoure de bouteilles chaudes et au bout d'une heure la réac-

tion est complète. Le pouls est filiforme et bat 130 à 140 pulsations.

Toutes les dix minutes pendant les trente-six premières heures, il se produit des efforts de vomissement très-violents et très-pénibles sans rejet de matières : on les combat par la glace et quelques cuillerées de sirop d'éther et de sirop de morphine, mais ils ne se calment qu'après un vomissement de mucosités verdâtres assez abondant. 140 pulsations.

16 mars. — Miction abondante ; eau vineuse ; glace ; moins de nausées ; 150 pulsations.

17 mars. — Facies excellent ; 140 pulsations ; on donne café, chocolat et lait sans produire de nausées.

La plaie suppure dans toute son étendue ; les bords cutanés s'écartent un peu.

18 mars. — Nuit calme, le lait passe sans difficulté. État général satisfaisant ; pouls toujours très-petit. 146 pulsations.

L'épiploon, maintenu hors de la plaie, s'est momifié et desséché sur la peau. La plaie suppure un peu. On change la malade de lit.

19 mars. — Bonne nuit. Petites selles diarrhéiques. On continue le lait et le vin.

La plaie s'entr'ouvre ; les bords sont évidemment tiraillés ; les fils s'enfoncent tellement au milieu des bourgeons charnus de la plaie due au caustique, que je suis obligé de les couper à ce niveau.

Dans la journée une selle solide assez pénible.

20 mars. — Trois à quatre selles liquides ; l'enfant est plus faible et plus froide. 146 pulsations filiformes. Chocolat chaud. On supprime le lait.

La suppuration de la plaie est modérée ; mais il est évident que la réunion par première intention est entièrement manquée, sauf vers l'angle supérieur et peut-être au niveau de la surface

cautérisée. Partout ailleurs les tissus ont été partiellement coupés entre les épingles et les fils, et les bords se disjoignent d'autant. L'écartement de la peau est bien d'un centimètre vers l'angle inférieur. Les épingles et les fils restés en place me paraissent un moyen de contention suffisant pour éviter la disjonction totale des bords ; aussi je panse simplement avec de la charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée.

21 et 22 mars. — Même état général satisfaisant ; la diarrhée cesse ; on donne des viandes rôties. 140 pulsations filiformes sans chaleur fébrile.

L'écartement des bords de la plaie augmente un peu au fur et à mesure que les tissus se coupent entre les épingles et les fils, mais le fond semble bien réuni.

23 mars. — Le clamp tombe spontanément.

25 mars. — Depuis hier, douleurs extrêmement vives à l'anus lorsque des gaz sont rendus ; ces douleurs enlèvent tout repos et déterminent de véritables crises de nerfs. 146 pulsations. Craie ; magnésie ; sous-nitrate de bismuth en quantité égale par prises.

La plaie continue à suppurer et à s'entr'ouvrir. L'écartement maximum au tiers inférieur est de 15 millimètres. Les fils sont laissés en place comme précaution contre un écartement brusque. Le ventre légèrement tympanisé n'est pas douloureux. Je dispose deux très-longues bandelettes de sparadrap en ceinture croisée pour soutenir les bords de la plaie et mettre un terme à leur écartement, car aujourd'hui le péritoine seul doit être réuni au fond de l'incision.

27 mars. — Les douleurs rectales continuent ; à chaque quart d'heure il se produit des épreintes avec renversement de la muqueuse rectale et évacuation de quelques cuillerées de liquide diarrhéique. On donne plusieurs lavements avec cinq gouttes de laudanum qui modèrent cette petite dyssenterie.

Les bandelettes de sparadrap ont tenu parfaitement. La

plaie ne s'est pas élargie. Les épingles ont sectionné presque toute l'épaisseur des lèvres, il reste encore seulement une ligne de peau à couper. Une suture sèche au collodion est appliquée par précaution dans le quart supérieur de la plaie. Suppuration modérée.

28 mars. — La dyssenterie continue ; mais elle n'empêche pas l'alimentation qui se compose de chocolat et de viande rôtie. Lavements de laudanum. 136 pulsations. Pas de fièvre.

La plaie suppure bien et les bourgeons charnus commencent à la combler un peu.

29 mars. — Très-bonne nuit ; la diarrhée a cessé ; cependant toutes les heures il y a défécation d'une petite crotte.

État général très-bon ; appétit ; sommeil ; gaieté. Pas de fièvre. Ventre moins ballonné.

30 mars. — Les aiguilles sont presque complètement libres ; on en ôte deux. Bonne journée ; 120 pulsations. Alimentation variée ; garde-robes encore très-fréquentes, mais sans douleurs, grâce au laudanum que l'on continue en lavements.

31 mars et jours suivants. — L'amélioration fait de rapides progrès ; l'appétit et le sommeil sont très-bons ; l'enfant se tourne un peu dans son lit. La plaie se comble par des bourgeons charnus et se rétrécit surtout dans le sens vertical.

3 avril. — J'enlève la suture sèche, les bandelettes de sparadrap, les fils et les épingles devenues libres.

5 avril. — On assied l'enfant dans un fauteuil.

13 avril. — Toutes les fonctions s'exécutent bien : appétit, sommeil, mouvements faciles dans le lit ; elle passe quelques heures dans un fauteuil et commence à marcher. Plaie plate mesurant verticalement 10 centimètres, et en travers 3 centimètres au niveau de la cautérisation ; ailleurs de 4 à 5 millimètres.

Aujourd'hui 30 avril, quarante-sixième jour après l'opération, la plaie est cicatrisée et toutes les fonctions rétablies; la force et l'embonpoint reviennent de jour en jour.

Plusieurs circonstances insolites donnent à cette observation un intérêt particulier, et je dois relever les principales, laissant de côté certains points accessoires ou signalés bien souvent, tels que les conditions générales très-graves dans lesquelles l'opération s'est faite, le maintien d'une portion d'épiploon hors de la plaie, les vomissements durant trente-six heures après l'opération, la petite dyssenterie qui s'est produite le neuvième jour et dont les lavements de laudanum ont fait justice, la guérison, enfin, qui ne laisse pas d'avoir son importance, étant la première obtenue à Nantes.

Ce qui reste en dehors des observations habituelles, c'est le jeune âge de la malade, la difficulté du diagnostic, l'ouverture du kyste par la pâte de Vienne préalablement à l'ovariotomie, qui réussit néanmoins; enfin, la réunion par seconde intention de la presque totalité de la plaie.

Je n'ai pu faire de recherches bibliographiques étendues sur les kystes de l'ovaire chez l'enfant, et peut-être en existe-t-il quelques exemples; cependant je ne connais jusqu'à présent qu'un cas mentionné par M. Courty (de Montpellier), observé sur une petite fille de onze ans. Le nôtre a dû commencer également vers cet âge, et n'est arrivé à son développement maximum que quelques mois avant l'opération; il pesait alors 20 livres, dont 6 livres de sérosité évacuée par la cautérisation, 10 livres de liquide évacués pendant l'opération, et 4,200 grammes de parties solides extraites en masse.

L'âge de la malade a été la cause principale de l'incertitude du diagnostic. Chez une adulte, les signes actuels de la tumeur et le commémoratif n'auraient pas laissé place à l'hésitation; mais ici, l'absence de toute puberté et le défaut de précision

dans les renseignements relatifs au début du mal, commandaient une certaine réserve. Enfin l'ictère observé et l'impossibilité d'isoler, soit par la palpation, soit par la percussion, le foie d'avec la tumeur, permettaient de supposer un kyste hépatique.

Cette hésitation du diagnostic, et l'emploi de la méthode de Récamier, qui en était la conséquence, ont sensiblement influencé la marche du traitement et ménagé à l'ovariotomie des difficultés majeures. Avant toute application caustique, en effet, les seules adhérences de la tumeur existaient probablement au sommet avec l'épiploon et dans la fosse iliaque droite, mais non ailleurs. Si nous avions opéré dans ces conditions, nul doute que les choses ne se fussent passées avec une grande simplicité. Au contraire, il fallut perdre un temps précieux pour décoller le kyste de ses fortes adhérences avec la ligne blanche, et ce décollement a pu déterminer une certaine irritation péritonéale.

En second lieu, notre large plaie par le caustique a mis un obstacle absolu à l'affrontement exact des bords de l'incision, et rendu par conséquent impossible une réunion par première intention.

Enfin, le péritoine adhérent avait 5 millimètres d'épaisseur, et voulant assurer au moins l'accollement des couches profondes, je dus en renverser dans la plaie à peu près un centimètre de chaque côté. Or, si grâce à cette précaution le péritoine s'est bien réuni, en revanche le reste de la plaie écarté par ce véritable bouchon n'a pu se cicatriser d'emblée, et nous avons couru les risques d'une suppuration prolongée dans une plaie dont le fond constitué par le péritoine donnait une protection bien médiocre aux viscères abdominaux.

Pouvait-on cependant agir d'une autre façon et ne pas comprendre le péritoine dans la suture ? Cette conduite a été tenue plusieurs fois, et les succès n'ont pas été moindres que

par la suture péritonéale ; mais ici l'aspect infiltré de la séreuse, son épaisseur exagérée, la disparition de l'épithélium, faisaient craindre qu'il ne fournît de la suppuration, et le maintenir dans la plaie constituait une mesure prudente.

Malgré la non-réunion qui en est résultée, je pense donc avoir choisi le parti le moins périlleux, et, le cas échéant, j'agirais encore de même ; seulement je comprendrais dans la suture une moindre étendue de péritoine.

Quant aux épingles, je m'en suis servi contraint et forcé. J'avais en effet disposé des fils d'argent pour une suture enchevillée ; mais ne comptant pas sur une pareille épaisseur de parois, je les avais armés d'aiguilles trop courtes, et l'état extrêmement grave de l'opérée rendait les moments trop précieux pour songer à monter d'autres aiguilles. Il fallut aller au plus pressé et placer les épingles.

En somme, la cautérisation a mis des obstacles considérables à l'exécution régulière de l'ovariotomie et troublé singulièrement la cicatrisation de la plaie ; aussi devra-t-on, en pareil cas d'incertitude de diagnostic, se contenter d'une simple ponction.

Néanmoins, toutes ces conditions générales et locales très-fâcheuses n'ont pas empêché la guérison parfaite, preuve nouvelle de l'innocuité relative de l'ovariotomie.

Pour faciliter la comparaison de notre observation avec celles de M. Kœberlé, je résume en quelques lignes ses traits principaux :

Age	douze ans et demi.
Etat général......................	épuisement, faiblesse extrême.
Début probable du kyste.........	dix-huit mois avant l'opération.
Siége de la tumeur.............	ovaire gauche.

Nature anatomique de la tumeur.	kyste multiloculaire avec fibrômes.
Ponctions préalables	une, *après cautérisation par la méthode de Récamier.*
Adhérences......................	à la paroi abdominale, très-fortes ; à l'épiploon, peu étendues.
Hémorrhagie pendant l'opération..	de 50 à 100 grammes à peine.
Durée de l'opération............	une heure.
Vomissements après l'opération...	très - fréquents pendant trente-six heures.
Terminaison	guérison.

Extrait du *Journal de Médecine de l'Ouest.*

Nantes, imp. de Mme ve C. Mellinet, place du Pilori, 5.

DE L'EMPLOI

DU

SULFATE D'ATROPINE

CONTRE

LES SUEURS PATHOLOGIQUES

PAR

Isidore ROYET,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

PARIS

OCTAVE DOIN, LIBRAIRE-EDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON.

1877